



بررسی رابطه امنیت غذایی مادر با نمایه توده بدن کودکان ۲-۶ ساله در مراجعین به مرکز بهداشتی درمانی مینودر قزوین بهار ۱۳۹۶

Relation between mothers food security with children BMI(age ۲-۶) in Qazvin minoudar health center spring ۱۳۹۶



علوم پزشکی
قزوین



منابع



اطلاعات
تفضیلی



مجری و
همکاران



صفحه نخست
سامانه

چاپ
صفحه

مجریان: شبنم جلیل القدر ، شیوا غیبی

کلمات کلیدی: امنیت غذایی - مادر - کودک - نمایه توده بدن



اطلاعات کلی طرح

کد طرح	۱۴۰۰۲۳۸۹
عنوان فارسی طرح	بررسی رابطه امنیت غذایی مادر با نمایه توده بدن کودکان ۲-۶ ساله در مراجعین به مرکز بهداشتی درمانی مینودر قزوین بهار ۱۳۹۶
عنوان لاتین طرح	Relation between mothers food security with children BMI(age ۲-۶) in Qazvin minoudar health center spring ۱۳۹۶
کلمات کلیدی	امنیت غذایی - مادر - کودک - نمایه توده بدن
نوع طرح	
نوع مطالعه	
مدت اجراء - روز	۳۶۵

ضرورت انجام تحقیق

اختلال رشد علل متفاوتی دارد ، بنابر این آن را چند عاملی می دانند . از این عوامل، مشکلات جسمی مانند بیماری های حاد و مزمن که در جذب و متابولیسم مواد غذایی ایجاد اختلال می کند و عوامل خانوادگی مانند عدم کفایت دریافت غذا ، تغییرات اشتها ، سطح آگاهی تغذیه ای والدین بخصوص مادران، وضعیت اشتغال مادر ،وضعیت اجتماعی و روانی خانواده و سطح سواد والدین ،نحوه و زمان شروع تغذیه کمکی در بروز سوء تغذیه موثر است. دسترسی همه انسان ها در تمام زمان ها و مکان ها به غذای کافی که سلامتی آن ها را به دنبال داشته باشد و از بیماری و مرگ و میر ناشی از نبود یا کمبود غذا جلوگیری نماید را امنیت غذایی می گویند. خطر ناامنی غذایی عامل و تسهیل کننده فقر، قحطی، گرسنگی و زوال تمام عیار یک ملت خواهد بود. بدون تردید، برخورداری از غذای کافی یک حق انسانی است و محروم شدن افراد از آن، به هر دلیلی، عوارض نامطلوبی بر جامعه تحمیل خواهد کرد. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط امنیت غذایی مادر با نمایه توده بدن کودکان ۲-۶ ساله در مراجعین به مرکز بهداشتی درمانی مینودر قزوین بهار ۱۳۹۶ طراحی گردیده است.

هدف کلی	تعیین رابطه امنیت غذایی مادر با نمایه توده بدن کودکان ۲-۶ ساله در مراجعین به مرکز بهداشتی درمانی مینودر قزوین بهار ۱۳۹۶
خلاصه روش کار	این مطالعه توصیفی تحلیلی در بهار سال ۱۳۹۶ انجام خواهد شد، کلیه مادران دارای کودک سن ۲-۶ سال مراجعه کننده به مرکز بهداشتی درمانی مینودر قزوین که مایل به همکاری باشند وارد مطالعه خواهند شد. در صورت رضایت والدین فرم اطلاعات فردی، شامل سن، جنس، تعداد فرزندان خانواده، میزان تحصیلات والدین، محل سکونت و امنیت غذایی با پرسشنامه USDA و با پرسش از مادر کودکان تکمیل خواهد شد.

اطلاعات مجری و همکاران

نام و نام خانوادگی	سمت در طرح	نوع همکاری	درجه تحصیلی	پست الکترونیک
مریم جوادی	استاد مشاور	استاد مشاور	دکترای تخصصی	mjavadi@qums.ac.ir
آمنه باریکانی	مشاور آماری	آنالیز آماری	دکترای PHD	barikani.a@gmail.com
شبنم جلیل القدر	مجری اصلی/استاد راهنما اول	استاد راهنما	تخصص	shabnam_jalilolqadr@yahoo.com
شیوا غیبی	مجری اصلی/استاد راهنما اول	اجراء طرح	دانشجو	dr.shivagheibi@yahoo.com

اطلاعات تفصیلی

عنوان	متن
چکیده طرح	
پیشینه طرح	
فهرست کلی فصول	
هدف از اجرا	شناسایی عوامل مرتبط با رشد کودکان ۲-۶ ساله به منظور استفاده در پایش رشد کودکان
فرضیات یا سوالات پژوهشی	۱. نمایه توده بدن هنگام تولد کودکان مورد مطالعه چقدر است. ۲. رتبه تولد کودکان مورد مطالعه چقدر است. ۳. مدت تغذیه با شیر مادر در کودکان مورد مطالعه چقدر است. ۴. تحصیلات و شغل والدین کودکان مورد مطالعه چقدر است. ۵. وضعیت امنیت غذایی مادر کودکان مورد مطالعه چقدر است. ۶. بین نمایه توده بدن با رتبه تولد کودکان مورد مطالعه رابطه وجود دارد. ۷. بین نمایه توده بدن با مدت تغذیه با شیر مادر در کودکان مورد مطالعه رابطه وجود دارد. ۸. بین نمایه توده بدن با تحصیلات و شغل والدین کودکان مورد مطالعه رابطه وجود دارد. ۹. بین نمایه توده بدن با وضعیت امنیت غذایی مادر کودکان مورد مطالعه رابطه وجود دارد.
چه موسساتی می‌توانند از نتایج طرح استفاده نمایند؟	
در صورت ساخت دستگاه نظر صنعت و داوران	
کلید واژه های فارسی	امنیت غذایی - مادر - کودک - نمایه توده بدن

روش پژوهش و تکنیک‌های اجرایی

این مطالعه توصیفی تحلیلی در بهار سال ۱۳۹۶ انجام خواهد شد، کلیه مادران دارای کودک سن ۶-۲ سال مراجعه کننده به مرکز بهداشتی درمانی مینودر قزوین که مایل به همکاری باشند وارد مطالعه خواهند شد. در صورت رضایت والدین فرم اطلاعات فردی، شامل سن، جنس، تعداد فرزندان خانواده، میزان تحصیلات والدین، محل سکونت و امنیت غذایی با پرسشنامه USDA و با پرسش از مادر کودکان تکمیل خواهد شد.

دلایل ضرورت و توجیه انجام کار

اختلال رشد علل متفاوتی دارد، بنابر این آن را چند عاملی می دانند. از این عوامل، مشکلات جسمی مانند بیماری های حاد و مزمن که در جذب و متابولیسم مواد غذایی ایجاد اختلال می کند و عوامل خانوادگی مانند عدم کفایت دریافت غذا، تغییرات اشتها، سطح آگاهی تغذیه ای والدین بخصوص مادران، وضعیت اشتغال مادر، وضعیت اجتماعی و روانی خانواده و سطح سواد والدین، نحوه و زمان شروع تغذیه کمکی در بروز سوء تغذیه موثر است. دسترسی همه انسان ها در تمام زمان ها و مکان ها به غذای کافی که سلامتی آن ها را به دنبال داشته باشد و از بیماری و مرگ و میر ناشی از نبود یا کمبود غذا جلوگیری نماید را امنیت غذایی می گویند. خطر ناامنی غذایی عامل و تسهیل کننده فقر، قحطی، گرسنگی و زوال تمام عیار یک ملت خواهد بود. بدون تردید، برخورداری از غذای کافی یک حق انسانی است و محروم شدن افراد از آن، به هر دلیلی، عوارض نامطلوبی بر جامعه تحمیل خواهد کرد. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط امنیت غذایی مادر با نمایه توده بدن کودکان ۲-۶ ساله در مراجعین به مرکز بهداشتی درمانی مینودر قزوین بهار ۱۳۹۶ طراحی گردیده است.

کلید واژه های فارسی بازنگری شده

فهرست منابع و مراجع علمی داخلی

۱. کافشانی. بررسی علل اختلال رشد کودکان زیر شش سال ارجاع شده به پزشکان مراکز بهداشتی درمانی شهرستان لنجان در سال ۱۳۸۱. نهمین کنگره سراسری تغذیه ایران. تبریز سال ۱۳۸۷. ۳. منتظری ف، کرجی بانی م، محمدی م. مقایسه رشد کودک با استاندارد. مجله طبیب شرق. دوره ۷، شماره ۱، سال ۱۳۸۵. صص ۳۹-۴۷. بصیری مقدم م، دکتر محمد قهرمانی - حمید چمنزاری - لاله بدیعی. بررسی شیوع سوء تغذیه در کودکان اول دبستان شهر گناباد سال تحصیلی ۸۵-۱۳۸۴. افق دانش؛ مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد (دوره ۱۳؛ شماره ۱؛ بهار سال ۱۳۸۶) ۵. نمکیان ک، شریف زاده ج. ارزیابی علل مرگ نوزادان و ارتباط آن با بعضی عوامل در بیرجند. مجله دانشگاه علوم پزشکی شاهرود. دوره ۳، شماره ۱، سال ۱۳۸۷. صص ۲۱-۱۶. احمدی، ن. سالاری لک، ش. کرمی یار، م و خلخال، ج. ۱۳۹۰. بررسی عوامل خطر رشد کودکان کمتر از یکسال شهر سلماس. مجله پزشکی ارومیه. دوره ۲۲، شماره ۶، بهمن و اسفند ۱۳۹۰. صص ۵۰۰-۴۹۵. شمس ب. گلشیری، پ. ارائه یک الگو به منظور بهبود تغذیه و ارتقای رشد کودکان بر اساس آخرین نسخه مدل ارزشیابی (CIPP) در شهرستان اصفهان. مجله بیماریهای کودکان ایران. دوره ۱۵، شماره ۳، ۱۳۸۴. ۲۲۷-۲۲۱. ۹. گوهری م، صالحی م، زایری ف، مقدم ی. فرز، خلدی ن. وهابی و. به کارگیری مدل اثرات تصادفی در تعیین عوامل موثر بر اختلال رشد کودکان زیر ۲ سال مراجعه کننده به مراکز بهداشت شرق تهران. مجله علوم پزشکی رازی دوره ۱۹، شماره ۹۹، ۱۳۹۱. صص ۳۹-۳۲. ۱۰. امانی ر، خواجه موگهی ن. مقایسه الگوی تغذیه کودکان دبستانی مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش تحرکی با کودکان سالم. مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران، سال دوازدهم/ شماره ۴۵ / بهار ۱۳۸۴. صص ۳۷-۴۲. ۱۱. پورعبداللهی پ، مهرانگیز ا، کوشاور ح. الگوی مصرف مواد غذایی و وضعیت رشد کودکان پیش دبستانی مهد کودکهای تبریز. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز ۱۳۸۳؛ ۳۸ (۶۱): ۲۶-۲۲. ۱۲. شیخ الاسلام ر، نقوی م، عبداللهی ز، زراتی م، واثقی س، صادقی قطب آبادی ف. وضعیت فعلی و روند ۱۰ ساله سوء تغذیه و شاخص های آن در

کودکان زیر ۵ سال ایران. مجله اپیدمیولوژی. دوره ۴، شماره ۱، ۱۳۸۷. صص ۲۱-۱۳. سالم ز، شیخ فتح الهی م، اسماعیلی ع. شیوع سوء تغذیه در کودکان ۵-۱ ساله شهر رفسنجان در سال ۱۳۸۰. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، سال اول، جلد ۱، شماره چهارم، ۱۳۸۱. ۱۵. جعفرنژاد ف. پرستاری کودکان در سلامت و بیماری. چاپ اول. مشهد: انتشارات پارسیرانا؛ ۱۳۸۲. ۱۶. کرم سلطانی ز، درستی، اشراقیان م، سیاسی ف، جزایری ا. چاقی و امنیت غذایی در کودکان دبستانی شهر یزد. مجله دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دوره ۶۵، شماره ۱۳۸۶، صص ۶۸-۷۶. جزایری ا، پورمقیم م، امیدوار ن، درستی مطلق ا. ارزیابی و مقایسه امنیت غذایی و دریافت مواد مغذی در دختران دبیرستانی در دو منطقه در شمال و جنوب شهر تهران. مجله بهداشت ایران. سال بیست و هشتم. شماره ۱-۴. ۱۳۷۸. ۲۰. حکیم س، درستی، اشراقیان م. ارتباط ناامنی غذایی و برخی عوامل اجتماعی - اقتصادی خانوار با وضعیت نمایه ی توده ی بدن (BMI) در زنان شهر دزفول. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی. دوره ۸، شماره ۲. تابستان ۸۹. صفحات ۵۵ تا ۶۶. ۲۱. دستگیری س، محبوب س، توتونچی خ، استادرحیمی ع. عوامل موثر بر ناامنی غذایی: یک مطالعه مقطعی در شهر تبریز سال ۱۳۸۳ تا ۸۴. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل. دوره ششم. شماره سوم. پاییز ۱۳۸۵. صفحات ۲۳۳ تا ۲۳۹. محمدزاده آ، درستی مطلق ا، اشراقیان. بررسی وضعیت امنیت غذایی خانوار و مصرف مواد غذایی دانش آموزان دبیرستانی شهر اصفهان. مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران. ۱۳۹۰. دوره ۷، شماره ۱. صفحات ۳۸ تا ۴۳. ۲۳. کرم سلطانی ز، درستی، اشراقیان م، سیاسی ف، جزایری ا. چاقی و امنیت غذایی در کودکان دبستانی شهر یزد. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران. دوره ۶۵، شماره ۷. مهر ۱۳۸۶. صص ۶۸-۷۶. خداداد کاشی ف، حیدری خ. برآورد سطح امنیت غذایی خانوارها با استفاده از شاخص AHFSI در جامعه شهری و روستایی. اقتصاد کشاورزی و توسعه. سال دوازدهم. شماره ۴۸. زمستان ۱۳۸۳.

Mahan L, Escott – Stump S, Raymond J. Krause's food and the nutrition care process. ۱۳ ed. Saunders, editor: Philadelphia:WB; ۲۰۱۲
McDougall P, Drewett RF, Hungin AP, Wright CM. The detection of early weight faltering at the ۶-۸ week check and its association with family factors, feeding and behavioral development. Arch Dis Child ۲۰۰۹ Jul;۹۴(۷):۵۴۹-۵۲. Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. Nelson Text Book of Pediatrics. ۱۷th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; ۲۰۰۴. Casey P, Goolsby S, Berkowitz C, Frank D, Cook J, Cutts D, et al. Maternal depression, changing public assistance, food security, and child health status. Pediatrics ۲۰۰۴; ۱۱۳: ۲۹۸-۳۰۴. ۱۸. Nord M. Food insecurity in households with children: Food assistance research brief ۲۰۰۳. U.S.D.A Economic Research Service. [http://www.ers.usda.gov/publication/efan.۲۰-۱۵ Available from: URL

فهرست منابع و مراجع علمی خارجی

خلاصه نتیجه اجرای طرح

سابقه علمی طرح و پژوهش‌های انجام شده با ذکر مأخذ به ویژه در ایران

خلاصه طرح طبق اهداف پیش بینی شده

WhatRequirementsAreMet

ملاحظات گروه	
ملاحظات ناظر	
HomeAddress	
WorkPlace	
جامعه مورد مطالعه و روش نمونه گیری	جامعه مورد مطالعه مادران دارای کودک سن ۶-۲ سال مراجعه کننده به مرکز بهداشتی درمانی مینودر قزوین در بهار سال ۱۳۹۶ می باشند و نمونه گیری بصورت آسان در دسترس انجام خواهد شد.
بیان مسأله و بررسی متون	<p>رشد و تکامل روندهای مکمل یکدیگرند (۱) و بررسی آن ، مهم ترین معیار در شناسایی سلامت کودک است. تغییرات جسمی مشخص و افزایش در اندازه های بدن یعنی افزایش قد، وزن، دور بازو ، طول بازوها و پاها و... را رشد می نامند (۲و۳). تکامل به معنای تغییر از امری ساده به پیچیده در یک روند منظم و مسیری مداوم است که در آن کودک علاوه بر شناخت و تسلط رفتارها، مهارتهای دقیق تری را کسب می نماید (۳و۴) رشد و تکامل در کودکان مختلف، متفاوت است(۱) و مقدار و کیفیت تکامل یک کودک با رشد فیزیولوژیکی سیستمهای اعصاب، ماهیچه ای و اسکلت بدن متناسب است. عوامل منحصر به فرد ارثی و محیطی کودک نیز بر میزان و کیفیت سیستمهای تکامل کودک تأثیر میگذارند (۳و۴) رشد کودک با مراجعه به مراکز درمانی در دوره های زمانی مشخص و ثبت قد و وزن کودک در منحنی های رشد پایش می شود ، بدین وسیله وضعیت سلامت کودک مشخص می گردد و در صورت بروز سوء تغذیه میتوان با انجام مداخلات لازم سلامتی کودک را حفظ نمود. (۳و۵و۶) این فعالیتها از طریق برنامه های ادغام یافته کودک سالم و مانا انجام می گردد (۳) آمار های بدست آمده از وضعیت سلامت و بیماری ،همچنین میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال از شاخص های تعیین میزان توسعه یافتگی یک کشور محسوب می شود و بصورت مستقیم در ارزیابی تغذیه جامعه نقش دارد(۵و۷) * طرح بنیادی: طرحی است که دارای نتایج بالقوه بوده ونتایج حاصل ازانجام آن را نتوان بلافاصله پس از اتمام طرح استفاده کرد. ** طرح کاربردی: طرحی است که دارای نتایج بالفعل بوده ونتایج حاصل ازانجام آن بلافاصله پس از اتمام طرح قابل استفاده باشد. میزان قد، وزن، دور سر، دور بازو و... در هر گروه سنی نمایه رشد کودک است و پی گیری آن تغییرات رشد را بخوبی نشان می دهد، بنابراین کم وزنی، کوتاه قدی، پر وزنی - که از نمایه های اختلال رشد هستند- نمایانگر وضعیت تغذیه کودک در حال یا گذشته می باشند (۶) علاوه بر آن توالی یا الگوی تغییر برای تمام کودکان عمدتاً یکی است و این عوامل به همراه هم موجب گوناگونی های متفاوتی در تکامل کودکان می شوند (۳و۶). سوء تغذیه در کودکان و به ویژه اطفال زیر ۶ سال، یکی از مهم ترین دلایل اختلال رشد است (۸و۹و۴۰). میزان بروز اختلال رشد در جوامع مختلف متفاوت است ،از ۵ تا ۱۰ درصد در جوامع پیشرفته تا مقادیر بسیار بالاتر در کشورهای در حال توسعه(۴و۶). بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی WHO بیش از ۳۰ درصد کودکان زیر ۵ سال جهان دچار اختلال رشد هستند که از این تعداد ۸۰ درصد مبتلا به کاهش رشد قدی و ۲۰ درصد مبتلا به کم وزنی هستند (۹). اختلال رشد معمولاً از ۳ سالگی شروع شده و در بسیاری موارد قبل از ۷ سالگی مشخص نمی شود(۱۰) مطالعه ای در مهد کودکهای تبریز بر روی ۴۰۰ کودک پیش دبستانی نشان داد میزان شیوع سوء تغذیه بر اساس معیار کم وزنی ۹/۵۱٪، بر اساس معیار کوتاه قدی ۱/۴۶٪ و بر اساس معیار لاغری ۶/۴۷٪ می باشد (۱۱) و بر اساس دومین بررسی کشوری وضعیت تغذیه و شاخص های تن سنجی در سال ۱۳۸۳ درصد کودکان ایرانی مبتلا به کوتاه قدی را ۴/۷ درصد و مبتلا به کم وزنی را ۵/۲ درصد بیان می کند. (۱۲) در بعضی</p>

مطالعات، علل اصلی اختلال رشد مسائل تغذیه ای و نا آگاهی تغذیه ای اعلام شده است. (۲۰۱۳) بررسی های انجام گرفته در مناطق مختلف کشور ما دلالت بر وفور نسبتاً گسترده سوء تغذیه در اطفال زیر ۶ سال دارد، لذا سوء تغذیه در اطفال زیر ۶ سال یکی از مسایل بهداشتی درخور توجه در کشور ماست (۸ و ۶) به طور کلی مساله تغذیه و به همین صورت سوء تغذیه یک موضوع چند وجهی است که عوامل زیادی مانند بهداشت، فقر، دسترسی نداشتن به غذا، نا آگاهی، عادت های غلط غذایی، بروز بیماری و مراقبت ناکافی، محیط آلوده و ناسالم می توانند در آن دخالت مستقیم یا غیر مستقیم داشته باشند. با توجه به علل مشکلات تغذیه ای، رفع آنها نیاز به داشتن برنامه های بین بخشی و فرابخشی دارد، تا بر اساس یک برنامه ریزی مناسب هر بخشی بتواند مسئولیت خود را بدرستی انجام دهد. (۲۰۱۴) عدم توجه و رسیدگی لازم به مشکل اختلال رشد عوارض جدی و خطرناکی چون کاهش توان مندی، افزایش مرگ و میر، تشدید عوارض بیماری زمینه ای و بروز معلولیت جسمی، کاهش یادگیری، بروز مشکلات عاطفی و روانی را به دنبال دارد. (۸ و ۹) اختلال رشد علل متفاوتی دارد، بنابر این آن را چند عاملی می دانند. از این عوامل، مشکلات جسمی مانند بیماری های حاد و مزمن که در جذب و متابولیسم مواد غذایی ایجاد اختلال می کند و عوامل خانوادگی مانند عدم کفایت دریافت غذا، تغییرات اشتها، سطح آگاهی تغذیه ای والدین بخصوص مادران، وضعیت اشتغال مادر، وضعیت اجتماعی و روانی خانواده و سطح سواد والدین، نحوه و زمان شروع تغذیه کمکی در بروز سوء تغذیه موثر است. (۲ و ۱۵) دسترسی همه انسان ها در تمام زمان ها و مکان ها به غذای کافی که سلامتی آن ها را به دنبال داشته باشد و از بیماری و مرگ و میر ناشی از نبود یا کمبود غذا جلوگیری نماید را امنیت غذایی می گویند. (۱۶-۱۸) خطر ناامنی غذایی عامل و تسهیل کننده فقر، قحطی، گرسنگی و زوال تمام عیار یک ملت خواهد بود. بدون تردید، برخورداری از غذای کافی یک حق انسانی است و محروم شدن افراد از آن، به هر دلیلی، عوارض نامطلوبی بر جامعه تحمیل خواهد کرد. (۱۷ و ۱۶ و ۴) لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط امنیت غذایی مادر با نمایه توده بدن کودکان ۲-۶ ساله در مراجعین به مرکز بهداشتی درمانی مینودر قزوین بهار ۱۳۹۶ طراحی گردیده است. بررسی متون: دکتر ابوالقاسم جزایری و همکاران در یک مطالعه توصیفی تحلیلی مقطعی در سال ۱۳۷۲ تا ۱۳۷۳ بر روی ۴۸ دختر دانش آموز ۱۴ تا ۱۸ ساله منطقه های ۳ و ۱۶ آموزش و پرورش شهر تهران با استفاده از تکنیک مصاحبه و مشاهده مشارکتی که با هدف ارزیابی و مقایسه امنیت غذایی و دریافت مواد مغذی دانش آموزان دو منطقه انجام شد به این نتیجه دست یافتند که ناامنی غذایی (دریافت روزانه انرژی کمتر از ۸۰ درصد استاندارد) در ۸/۳۶ درصد نوجوانان منطقه ۳ و ۵/۴۲ درصد نوجوانان منطقه ۱۶ وجود دارد. در منطقه ۱۶ کمبود دریافت ویتامین A به میزان ۴۰.۹ درصد و کمبود دریافت پروتئین B۱۲ به میزان ۳۲ درصد گزارش شد. از نظر میزان دریافت پروتئین، چربی کل، کلسترول، ویتامین A، ریبوفلاوین، ویتامین B۱۲، آهن و روی بین دو منطقه اختلاف آماری معنی دار وجود داشت. (۱۹) همچنین دکتر احمدرضا درستی و همکاران در یک مطالعه بر روی ۴۰۰ خانوار مناطق مختلف دزفول در سال ۱۳۸۷ که به طور تصادفی و به روش نمونه گیری دو مرحله ای و با هدف بررسی ارتباط ناامنی غذایی و برخی عوامل اقتصادی-اجتماعی خانوارها با وضعیت نمایه توده بدن زنان دزفول به این نتیجه دست یافتند که ناامنی غذایی و اضافه وزن در جامعه مورد مطالعه وجود داشت و ناامنی غذایی، سن و قومیت زنان، وضعیت اقتصادی و بعد خانوار به عنوان عوامل مرتبط با وضعیت BMI شناخته شدند. سایر عوامل مانند سطح تحصیلات و شغل مادر و هزینه خانوار ارتباط آماری معنی داری نشان ندادند. (۲۰) در مطالعه دیگری که توسط دکتر سعید دستگیری و همکاران در سال ۱۳۸۳ تا ۱۳۸۴ به صورت مقطعی در ۳۰۰ نفر از افراد ساکن در شمال غرب تبریز (منطقه ی اسدابادی) با استفاده از پرسشنامه کوتاه شش سوالی و با هدف بررسی عوامل موثر بر ناامنی غذایی

انجام شد نتایج حاصل از این مطالعه مؤید تاثیر عوامل اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی بر امنیت غذایی بوده و شیوع بالای مشکلات تغذیه ای را در جامعه نشان می دهد. بنابراین ارایه راهکارهایی عملی برای حل مسئله ناامنی غذایی به عنوان مشکل ریشه دار در جامعه ضروری به نظر می رسد. (۲۱)

همچنین دکتر محمدرضا اشراقیان و همکاران در یک مطالعه تحلیلی مقطعی در پاییز ۱۳۸۷ روی ۵۸۰ دانش آموز سنین ۱۴ تا ۱۷ سال از ۴۰ دبیرستان شهر اصفهان با هدف تعیین وضعیت امنیت غذایی خانوار و مصرف مواد غذایی دانش آموزان دبیرستانی شهر اصفهان از طریق نمونه گیری به روش سیستماتیک خوشه ای و انجام از طریق پرسشنامه به این نتیجه دست یافتند که شیوع بالای ناامنی غذایی در بین خانوارهای شهر اصفهان وجود دارد و دانش آموزانی که در خانوارهای دچار ناامنی غذایی زندگی می کردند، مواد غذایی ارزان قیمت حاوی چگالی بالای انرژی را بیشتر مصرف می کردند. (۲۲)

دکتر احمدرضا درستی و همکاران در مطالعه دیگری طی نمونه گیری خوشه ای دو مرحله ای در سال تحصیلی ۱۳۸۳ تا ۱۳۸۴ روی تعداد ۳۳۴۵ دانش آموز ۶ تا ۱۱ ساله در شهر یزد از طریق پرسشنامه با هدف تعیین شیوع چاقی، امنیت غذایی در کودکان دبستانی و برخی مواد غذایی (انرژی و درشت مغذی ها) مرتبط با آن ها به این نتایج دست یافتند که دریافت بالای انرژی، پروتئین و کربوهیدرات از عوامل غذایی مرتبط با چاقی در بین دانش آموزان دبستانی شهر یزد بود. همچنین تغییر در میزان دریافت چربی نیز، یک عامل مرتبط با ناامنی غذایی بود. (۲۳)

در مطالعه دیگری که توسط دکتر فرهاد خداداد کاشی و خلیل حیدری با هدف برآورد سطح امنیت غذایی خانوارها با استفاده از شاخص AHFSI در جامعه شهری و روستایی طی سالهای ۱۳۶۴ تا ۱۳۷۹ انجام شد نتایج حاکی از این بود که در هر دو جامعه شهری و روستایی در طی سالهای مذکور امنیت غذایی خانوارها روند صعودی داشته و مقدار عددی شاخص امنیت غذایی ارتقا یافته است. (۲۴)



منابع

- Mahan L, Escott – Stump S, Raymond J. Krause's food and the nutrition care process. 13 ed. Saunders, editor: Philadelphia:WB; 2012
- کافشانی. ۱. بررسی علل اختلال رشد کودکان زیر شش سال ارجاع شده به پزشکان مراکز بهداشتی درمانی شهرستان لنجان در سال ۱۳۸۰. نهمین کنگره سراسری تغذیه ایران. تبریز سال ۱۳۸۷
- منتظری ف، کرجی بانی م، محمدی م. مقایسه رشد کودک با استاندارد. مجله طبیب شرق. دوره ۷، شماره ۱، سال ۱۳۸۵. صص ۳۹-۴۷
- بصیری مقدم م، دکتر محمد قهرمانی - حمید چمنزاری - لاله بدیعی. بررسی شیوع سوء تغذیه در کودکان اول دبستان شهر گناباد سال تحصیلی ۸۵-۱۳۸۴. افق دانش؛ مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد (دوره ۱۳؛ شماره ۱؛ بهار سال ۱۳۸۶)
- نمکیان ک، شریف زاده ج. ارزیابی علل مرگ نوزادان و ارتباط آن با بعضی عوامل در بیرجند. مجله دانشگاه علوم پزشکی شاهرود. دوره ۳، شماره ۱، سال ۱۳۸۷. صص ۲۱-۱۶
- احمدی، ن. سالاری لک، ش. کرمی یار، م و خلخالی، ح. ۱۳۹۰. بررسی عوامل خطر رشد کودکان کمتر از یکسال شهر سلماس. مجله پزشکی ارومیه. دوره ۲۲، شماره ۶، بهمن و اسفند ۱۳۹۰. صص ۴۹۵-۵۰۰
- McDougall P, Drewett RF, Hungin AP, Wright CM. The detection of early weight faltering at the 6-8 week check and its association with family factors, feeding and behavioral development. Arch Dis Child 2009 Jul;94(7):549-52
- شمس ب. گلشیری، پ. ارائه یک الگو به منظور بهبود تغذیه و ارتقای رشد کودکان بر اساس آخرین نسخه مدل ارزشیابی (CIPP) در شهرستان اصفهان. مجله بیماریهای کودکان ایران. دوره ۱۵، شماره ۳، ۱۳۸۴. ۲۲۱-۲۲۷
- گوهری م، صالحی م، زایری ف، مقدم ی فر. ز. خلدی ن. وهابی و. به کارگیری مدل اثرات

- تصادفی در تعیین عوامل موثر بر اختلال رشد کودکان زیر 2 سال مراجعه کننده به مراکز بهداشت شرق تهران. مجله علوم پزشکی رازی دوره 19، شماره 99، 1391. صص 32-39
10. امانی ر، خواجه موگهی ن. مقایسه الگوی تغذیه کودکان دبستانی مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش تحرکی با کودکان سالم. مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران، سال دوازدهم/ شماره 45 / بهار 1384. صص 37-42
11. پورعبداللهی پ، مهرانگیز ا، کوشاور ح. الگوی مصرف مواد غذایی و وضعیت رشد کودکان پیش دبستانی مهد کودکهای تبریز. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز 1383؛ 38 (61): 26-22
12. شیخ الاسلام ر، نقوی م، عبداللهی ز، زراتی م، واثقی س، صادقی قطب آبادی ف. وضعیت فعلی و روند 10 ساله سوء تغذیه و شاخص های آن در کودکان زیر 5 سال ایران. مجله اپیدمیولوژی. دوره 4، شماره 1، 1387. صص 21-8
13. سالم ز، شیخ فتح اللهی م، اسماعیلی ع. شیوع سوء تغذیه در کودکان 5-1 ساله شهر رفسنجان در سال 1380. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، سال اول، جلد 1، شماره چهارم، 1381
14. Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. Nelson Text Book of Pediatrics. 17th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2004
15. جعفرنژاد ف. پرستاری کودکان در سلامت و بیماری. چاپ اول. مشهد: انتشارات پارسیرانا؛ 1382
16. کرم سلطانی ز، درستی ا، اشراقیان م ر، سیاسی ف، جزایری ا. چاقی و امنیت غذایی در کودکان دبستانی شهر یزد. مجله دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دوره 65، شماره 7، 1386. صص 68-76
17. Casey P, Goolsby S, Berkowitz C, Frank D, Cook J, Cutts D, et al. Maternal depression, changing public assistance, food security, and child health status. Pediatrics 2004; 113: 298-304
18. Nord M. Food insecurity in house holds with children: Food assistance research brief 2003. U.S.D.A Economic Research Service. [http://www.ers.usda.gov/publication/efan020-15 Available from: URL
19. جزایری ا، پورمقیم م، امیدوار ن، درستی مطلق ا. ارزیابی و مقایسه امنیت غذایی و دریافت مواد مغذی در دختران دبیرستانی در دو منطقه در شمال و جنوب شهر تهران. مجله بهداشت ایران. سال بیست و هشتم. شماره 4-1. 1378
20. حکیم س، درستی ا، اشراقیان م. ارتباط ناامنی غذایی و برخی عوامل اجتماعی - اقتصادی خانوار با وضعیت نمایه ی توده ی بدن (BMI) در زنان شهر دزفول. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی. دوره 8. شماره 2. تابستان 89. صفحات 55 تا 66
21. دستگیری س، محبوب س، توتونچی خ، استادرحیمی ع. عوامل موثر بر ناامنی غذایی: یک مطالعه مقطعی در شهر تبریز سال 1383 تا 84. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل. دوره ششم. شماره سوم. پاییز 1385. صفحات 233 تا 239
22. محمدزاده آ، درستی مطلق ا، اشراقیان. بررسی وضعیت امنیت غذایی خانوار و مصرف مواد غذایی دانش آموزان دبیرستانی شهر اصفهان. مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران. 1390. دوره 7. شماره 1. صفحات 38 تا 43.
23. کرم سلطانی ز، درستی ا، اشراقیان م، سیاسی ف، جزایری ا. چاقی و امنیت غذایی در کودکان دبستانی شهر یزد. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران. دوره 65. شماره 7. مهر 1386. 76-68
24. خداداد کاشی ف، حیدری خ. برآورد سطح امنیت غذایی خانوارها با استفاده از شاخص AHFSI در جامعه شهری و روستایی. اقتصاد کشاورزی و توسعه. سال دوازدهم. شماره 48. زمستان 1383